ACADÉMIE DE PARIS UNIVERSITÈ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS NECKER - ENFANTS MALADES

112

ANNÉE 1973 No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT en MÉDECINE

(diplôme d'état)

PAR

Anne-Marie LAFON

Née le 23 Octobre 1942 à TENES (Algérie)

présentée et soutenue publiquement le:

Du délire chronique de négation comme survivance asilaire

Président: Monsieur FOURNIER - Professeur.

ACADEMIE DE PARIS UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE NECKER-ENFANTS-MALADES

ANNEE 1973 N°

T H E S E

pour le DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Anne-Marie LAFON

née le 23 Octobre 1942 à TENES (Algérie)

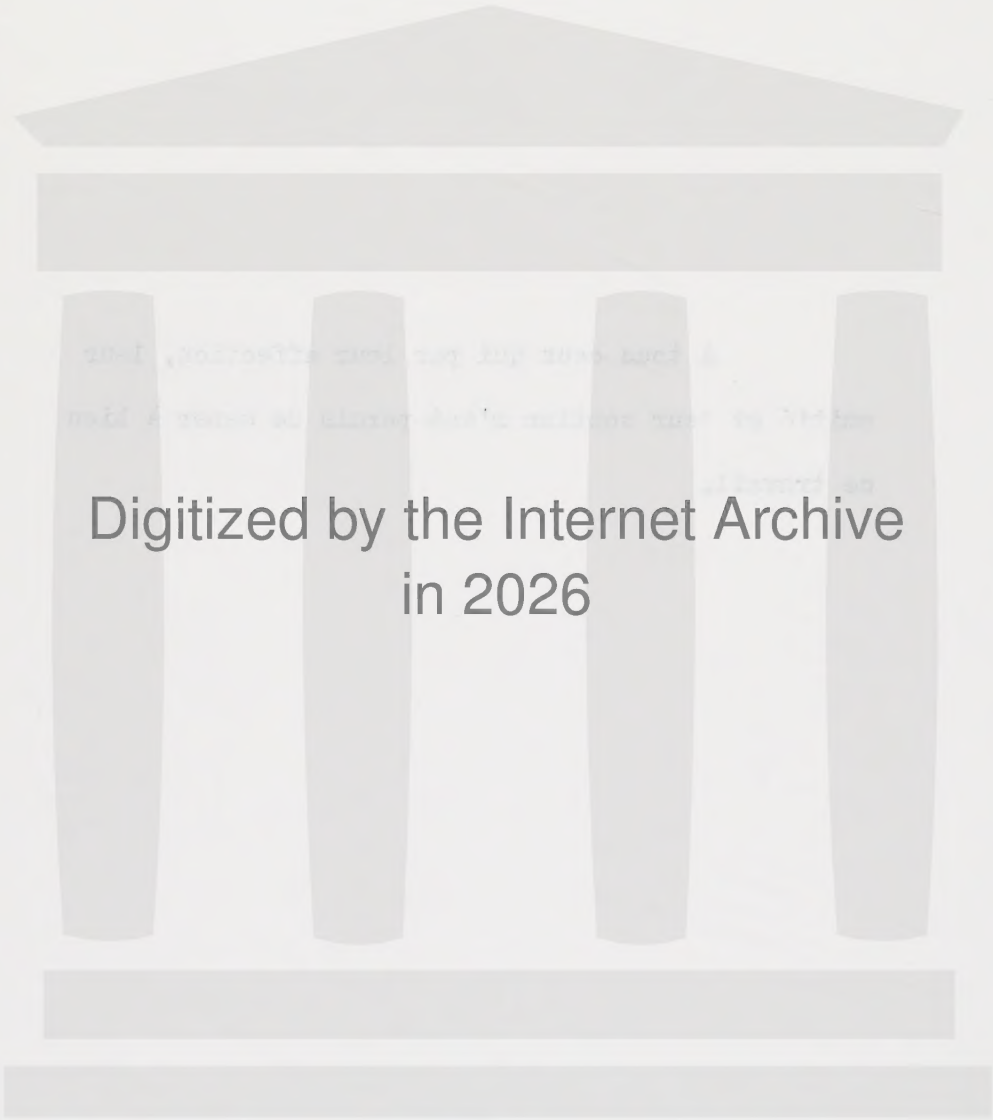
Présentée et soutenue publiquement le

DU DELIRE CHRONIQUE DE NEGATION COMME SURVIVANCE ASILAIRE

Président: Monsieur FOURNIER - Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A tous ceux qui par leur affection, leur amitié et leur soutien m'ont permis de mener à bien ce travail.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542716_0011

P L A N

-:-:-:-:-:-

AVANT - PROPOS

HISTORIQUE ET PRINCIPALES THEORIES

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

CONCLUSION.

A V A N T P R O P O S

Dans la tradition psychiatrique française, le délire de négation apparaît:

- soit comme délire de négation d'organes, très près du symptôme hypocondriaque et présent, par là même, dans des formes cliniques diverses

- soit comme syndrome de COTARD, forme de mélancolie délirante chronique avec idées de négation, de damnation, d'immortalité et plus rarement d'énormité.

En tant que syndrome de COTARD, il jouit d'une place très particulière dans la nosographie classique - le fait qu'il ait trois parrains français (COTARD, SEGLAS, REGIS) n'y est pas étranger.

C'est l'espèce rare, publiée, conservée, montrée - Henri EY dit ainsi d'une patiente qui présentait ce syndrome qu'elle fut longtemps "l'un des joyaux" de la clinique de Sainte Anne.

Espèce en voie de disparition, que l'on ne rencontre plus guère que dans les institutions asilaires -(le lieu de renfermement et le champ d'observation ne sont pas indifférents).

SEGLAS en I897 -nous reviendrons sur l'historique de ce délire- signalait déjà la rareté de ce syndrome. Il est d'autant plus rare aujourd'hui que les thérapeutiques ont évolué,

.../...

et que l'on s'efforce de prendre en considération le sujet plutôt que son délire.

C'est dans une telle perspective que, dans un ouvrage récent, un psychanalyste anglais S. RESNIK "tente d'intégrer l'aspect phénoménologique du cadre clinique - idées de négation - et ses expressions corporelles à la conception dynamique de l'analyse". Il montre à travers le traitement d'une jeune femme schizophrène que le syndrome de COTARD est avant tout un trouble symptomatique qui intéresse le processus évolutif de la personnalité.

Nous ne pourrons pour notre part que constater la façon dont ce processus a été figé par l'institution asilaire.

Les malades dont nous présentons les observations sont hospitalisés depuis de nombreuses années, c'est-à-dire les limites de notre approche.

HISTORIQUE ET PRINCIPALES THEORIES

En I880, dans un mémoire intitulé "Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse", COTARD essaie de créer une nouvelle entité morbide qu'il caractérise par:

- l'anxiété mélancolique
- les idées de damnation ou de possession
- la propension au suicide et aux mutilations volontaires
- l'analgésie
- les idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu
- les idées de ne pouvoir jamais mourir

"Mademoiselle X. affirme qu'elle n'a plus ni cerveau, ni nerfs, ni poitrine, ni estomac, ni boyaux; il ne lui reste plus que la peau et les os du corps désorganisé... Elle n'a pas d'âme, Dieu n'existe pas, le diable non plus... Elle n'a pas besoin de manger pour vivre, elle ne pourra mourir de mort naturelle".

Deux ans après COTARD fait une étude complète du délire de négation. Il veut isoler ce délire comme LASEGUE l'a fait pour le délire de persécution. Il oppose les négateurs aux persécutés.

COTARD ne fait qu'un travail de description et de classification; il définit les idées de négation, "comme des conceptions

.../...

délirantes plus ou moins organisées qui refusent la réalité totalement ou en partie à la personne physique ou morale ou au monde", il ne tente aucune analyse de ce trouble, et n'élabore pas de conception théorique.

Beaucoup s'opposent alors à la conception de COTARD et l'accusent de n'avoir introduit qu'un mot nouveau.

C'est SEGLAS dans son livre publié en I897 qui va faire la première analyse du délire de négation.

Pour lui, le délire de négation est un trouble secondaire à l'altération de la personnalité. C'est une tentative d'explication de la part du malade de l'état d'anéantissement dans lequel il se trouve.

C'est le caractère déficitaire de la synthèse psychique qui explique l'idée de négation. Mais le primum movens est un trouble de la cénesthésie, "l'effet d'un organe faible ou malade dérange le ton psychique".

Sur le plan clinique, SEGLAS retient deux éléments:

- une tendance morbide à l'opposition, à la contradiction systématique
- une conviction particulière répondant à l'idée de changement de destruction, d'absence, de non-existence.

Pour lui, les idées délirantes de négation, de damnation, d'immortalité ne constituent pas une entité mais un syndrome qui se

.../...

rencontre dans des formes très diverses d'aliénation mentale, mais plus spécialement dans la mélancolie et dans la paranoïa hypocondriaque.

Au début du siècle, un élève de REGIS, GOT étudie le pronostic du délire de négation.

Pour lui, le syndrome de COTARD en tant que délire systématisé secondaire ne se trouve que dans certaines formes de mélancolie anxieuse pure ou symptomatique de folie périodique.

Le plus souvent, il survient tardivement chez les séniles ou préséniles et accompagne une mélancolie anxieuse chronique, or qui dit chronique en matière de maladie mentale dit incurable; dans ces conditions le pronostic est sombre.

Mais le syndrome de COTARD typique parfaitement systématisé peut se rencontrer également dans les psychoses anxieuses aigües chez des sujets jeunes; il est alors susceptible de guérir parfaitement surtout lorsqu'il est symptomatique de folie périodique.

Par la suite, peu de travaux seront consacrés au délire de négation; des observations seront régulièrement présentées retraçant surtout l'évolution de ce délire.

L'étude la plus complète est celle d'Henri EY. Pour lui, "sous ses multiples aspects, le délire de négation est une manifes-

.../...

tation du trouble introduit dans la conscience par des perturbations organiquesqui conditionnent son mouvement de dissolution. Envisagé dans cette perspective, le délire de négation perd son unité et son autonomie pour devenir un des mille aspects du délire".

Sur le plan clinique, il distingue:

- des formes mélancolique (syndrome de COTARD)
- et des formes hors de la mélancolie: confusionnelles, démentielles et schizophréniques.

Mais il doute que l'on puisse rencontrer de véritables délires de négation dans la schizophrénie, car dit-il, "le thème de négation est absorbé dans la masse autistique où il demeure indifférencié".

En dehors de cette théorie organo-dynamiste, il existe des théories mécanicistes issues des théories cénesthésiques de SEGLAS. Pour HECAEN, dans le délire de négation, il s'agit d'un trouble du schéma corporel, d'une asomatognosie totale puisque le sujet voit son corps et ne le reconnaît pas. Les observations qu'il cite sont celles de malades ayant une hémiplégie et un délire de négation; HECAEN pense que l'énergie qui maintient le processus incessant de construction et de destruction qui nous donne notre modèle postural, est celle des processus émotionnels.

.../...

Pour lui, un trouble affectif peut agir sur le schéma corporel de la même façon qu'une lésion nerveuse spécifique, et dans le cas du syndrome de négation qu'une lésion pariétale.

SCHILDER dans son livre "L'image du corps", décrit le cas d'une patiente "qui sentait son corps comme vide, le coeur et la tête vidés de tous leurs nerfs, le coeur de tout son sang". Il pense que les sensations jouent là un rôle moins important que les idées et leurs connotations, "il y a" dit-il "une partie de l'image du corps plus proche de la perception et une autre plus liée aux idées".

Dans la mélancolie avec idées de négation, il est pour lui très difficile de savoir s'il s'agit d'un changement réel des sensations et des perceptions concernant le modèle postural du corps et ce qui est délire concernant l'image du corps.

Il n'y a pas dans les travaux psychanalytiques d'étude d'ensemble sur le délire de négation. Ce délire se comprend à la suite de la mélancolie comme une crise du rapport avec l'objet d'amour.

L'objet aimé a été perdu, le moi par introjection l'installe à l'intérieur, mais l'excès des tendances cannibaliques fait échouer cette introjection. Le cannibale c'est le sujet lui-même qui après avoir intériorisé l'objet l'a détruit, a détruit ses propres organes. Cette perte de l'objet vide le monde de son sens:

.../...

"toutes les énergies pulsionnelles sont retirées de la réalité et du soi somatique pour investir dans une atmosphère d'angoisse extrême et de solitude absolue, le soi psychique ayant seul survécu à la destruction". (DE MARTIS)

FREUD relate le délire de négation du président SCHREBER, "Il a longtemps vécu sans estomac, sans intestins, presque sans poumons, l'oesophage déchiré, sans vessie, les côtes broyées; il avait parfois en partie mangé son propre larynx, et ainsi de suite. Mais les miracles divins (les rayons) avaient toujours à nouveau régénéré ce qui avait été détruit, et c'est pourquoi tant qu'il restera homme il restera immortel".

FREUD ne fait pas l'analyse de ce premier délire de SCHREBER, il note simplement l'importance des éléments hypocondriaques dans la paranoïa.

Aujourd'hui, beaucoup d'auteurs pensent que ce délire de SCHREBER s'inscrit plutôt dans un registre paranoïde.

RESNIK souligne le contenu paranoïde des cas cliniques. présentés par COTARD et SEGLAS. Pour lui, les deux mécanismes prévalents dans le syndrome de COTARD sont le mécanisme hypocondriaque et le mécanisme de négation tel qu'il apparait dans l'oeuvre de Mélanie KLEIN.

Le mécanisme hypocondriaque est un mécanisme très primitif fondé sur la dissociation entre l'appareil psychique et le corps. Pour épargner à la pensée les situations pénibles, le moi les déplace au corps. Au cas où la situation resterait très angoissante, un moi omnipotent est là prêt à nier l'existence de l'organe. Mélanie KLEIN fait du mécanisme de négation une défense spécifique

.../...

de la position schizoparanoïde, l'objet mauvais est dissocié du bon, mais en outre son existence est niée. Cette négation d'une réalité pénible et persécutrice se fait au travers d'une attitude omnipotente. La négation omnipotente acquiert dans l'inconscient valeur d'annihilation.

Ce qui se nie, ce n'est pas seulement l'objet, mais plutôt une relation d'objet, c'est-à-dire la partie du moi liée à l'objet et la partie de la réalité où il se projette.

C'est à partir des théories kleiniennes, du délire de négation du président SCHREBER et des écrits d'ARTAUD que Gilles DELEUZE a créé le concept du corps sans organes.

Le corps sans organes, c'est ce que la position schizoïde oppose aux mauvais objets partiels, c'est une défense contre le corps morcelé - le sujet ne peut avoir un corps complet qu'à ce prix.

Il reprend ce concept dans "l'anti-oedipe" et il en fait l'improductif, le modèle de la mort. "Car le désir désire aussi cela, la mort, parce que le corps plein de la mort est son moteur immobile, comme il désire la vie, parce que les organes de la vie sont la working machine".

Dans beaucoup d'observations de délire de négation, nous avons retrouvé le corps sans organes.

La malade de COTARD dit qu'il ne lui reste plus que la peau et les os du corps désorganisé; celle présentée par REVAULT D'ALLONES dit que ce que l'on considérait comme son corps n'était qu'un sac rempli de sang; une autre dit que son corps est dépouillé

.../...

de ses organes.

A travers les descriptions cliniques et les principales théories, le délire de négation s'articule autour de deux pôles mélancolique et paranoïde, à partir de l'idée hypocondriaque. Hypocondrie physique et c'est la négation d'organes, hypocondrie morale et c'est la négation dans la mélancolie.

OBSERVATION N° I

Biographie

Madame Anna G. est née en 1899 à Varsovie; elle est d'origine juive - Elle vient seule en France poursuivre ses études et se marie en 1921 avec un français beaucoup plus âgé qu'elle.

Elle divorce quelques années après en raison de l'infidélité de son mari.

Madame G. travaille alors comme bibliothécaire à la Bibliothèque Nationale.

Son père meurt d'un anévrysme, puis pendant la seconde guerre mondiale, sa mère et d'autres membres de sa famille sont déportés en Allemagne et meurent dans un camp de concentration.

Il ne reste plus à Madame G. qu'un frère interné dans un hôpital psychiatrique et une soeur, tous deux vivent en Pologne.

Nous retracerons la longue histoire psychiatrique de cette malade au travers des certificats d'hospitalisation et de l'observation des infirmières.

1949 Placement d'office

Certificat de la Préfecture de Police:

"Syndrome psychopathique déjà ancien ayant pris l'aspect dépressif.

En 1939 hospitalisée à Henri Rousselle

En 1948 en clinique à Sceaux - traitée par électrochocs.

Peu après, reprise des lamentations, énoncé de projets

.../...

de suicide (venait d'échouer dans une demande de bourse de recherche).

Importune sa propriétaire, vieille dame spirituelle d'heureux caractère, par des questions saugrenues".

I952 Sainte Anne

"Syndrome mélancolique à évolution rémittente avec tendance à l'indifférence et à l'affaiblissement mental.

Episodes mélancoliques depuis I939.

Malade chronique à transférer en banlieue".

Ville-Evrard Immédiat

"Syndrome dépressif avec impression d'être morte et importante asthénie.

Amaigrissement - poids 42 kilog".

Madame G. dit alors qu'elle a l'impression qu'on la déteste partout où elle passe, qu'on a voulu se débarrasser d'elle à Sainte Anne: "C'est drôle, tout est bizarre, mon corps est mort, les objets changent de couleur".

Depuis qu'elle est rentrée à l'hôpital, elle est morte, c'est une déchéance épouvantable: "je ne suis plus une femme normale, je suis une loque".

I957 Certificat de situation

"Etat stationnaire.

Prétend toujours ne pas exister.

A des périodes anxieuses et se montre parfois impulsive".

Dans l'observation des infirmières, il est parallèlement noté que Madame G. est parfois très résistante pour prendre ses

.../...

aliments et ses médicaments. Elle ne veut pas qu'on l'approche, crache, et, lorsque les infirmières lui demandent pourquoi, répond: "c'est une autre qui agit à ma place, je suis morte".

I963

La soeur de Madame G. résidant en Pologne écrit aux médecins du service et projette de venir la voir, ce qu'elle ne pourra faire.

Interrogée sur le plaisir que pourrait lui procurer la visite de sa soeur, Madame G. affirme avec indifférence qu'elle n'a pas de soeur: "je n'existe pas, je n'ai pas de soeur". Elle dit également qu'elle n'a pas de corps, qu'elle n'a pas de nom, "Ne vous occupez pas de moi, je suis morte."

I964 Demande de transformation de placement

"Cette malade a dépassé la soixantaine et n'est plus susceptible de troubler l'ordre public.

Aucune perspective actuelle de sortie.

Conversion demandée".

A une élève infirmière qui l'interroge dans le cadre d'une présentation, Madame G. répond qu'elle n'a jamais été mariée, qu'elle n'est pas jalouse car elle n'a jamais eu de mari, qu'elle n'est pas méchante.

Elle dit se plaire à l'hôpital car elle n'a pas de parents, d'ailleurs elle n'a pas d'oreilles.

I972

Lorsque nous faisons la connaissance de Madame G., les infirmières nous disent: "C'est un déchet, mais elle s'est améliorée

.../...

depuis qu'elle est dans notre pavillon."

Madame G. répond non à tout ce que les infirmières lui demandent mais cependant le fait.

Les entretiens avec elle se déroulent toujours sur le même mode. A toutes les questions, Madame G. répond qu'elle est morte, qu'elle n'existe pas. Elle est morte de vieillesse à l'âge de soixante ans, assertion qu'une infirmière commente ainsi: "Eh oui, ma pauvre, c'est bien de çà que vous mourrez."

Elle a été brûlée et enterrée au Père Lachaise. Elle n'a pas de famille, elle n'en a jamais eu. Elle n'a pas de corps, pas d'histoire.

Spontanément, Madame G. chante: "je suis Mistinguette" ou dit "je suis une sainte car je ne mourrai jamais." Les autres qui sont autour d'elle sont également mortes, elles ont été brûlées. Il n'y a ni France ni Pologne, et rien que Madame G. ne puisse nier.

Elle connaît le nom des infirmières, mais affirme qu'elle n'a pas de nom, qu'elle n'est pas Anna G.

Les infirmières du pavillon ont tendance à franciser les prénoms des malades étrangères, et certaines appellent Madame G. Nana, trouvant cela plus français. Madame G. répond alors: "Non, pas Nana, Anna. "Depuis les infirmières l'appellent Mistinguette, nom qu'elle se donne elle-même.

COMMENTAIRE.

L'observation de cette malade nous paraît répondre à ce que COTARD appelle la négation systématisée.

"Il n'est pas rare" écrit-il "dans les états de chronicité avancée que le délire des négations survive en quelque sorte

.../...

aux troubles généraux du début, et que les malades ne présentent plus ni dépression ni agitation anxieuses manifestes."

Cette négation systématisée se rattache, dans le cas de Madame G. à une forme de mélancolie chronique et chronicisée.

Peut-on alors parler de délire?

MINKOWSKI pense que "ces idées ne forment un délire que du dehors, c'est-à-dire pour nous - Du dedans, par contre, il ne saurait s'agir d'un délire au sens courant du mot, puisque le malade improvise ses idées de négation chaque fois à nouveau."

Madame G. répond non à tout et improvise ses idées de négation; mais ses idées sont déduites logiquement d'une conviction initiale qui est apparue lors de son transfert dans un hôpital psychiatrique de chroniques. Quelqu'ait été à ce moment-là son affaiblissement mental, Madame G. a alors très bien perçu le sens de ce transfert en banlieue.

Cette idée - qu'elle est morte - est née dans un contexte de dépersonnalisation, le monde autour d'elle avait changé, tout était devenu bizarre et avait changé de couleur. Pour échapper à cette angoisse de mort et de destruction, Madame G. utilise ce que G. DEVEREUX appelle "la renonciation à une identité comme défense contre l'anéantissement".

Madame G. est morte et elle est devenue une autre; elle a "le fantasme que la possession d'une identité est une outrecuidance qui automatiquement incite les autres à anéantir non seulement cette idendité, mais l'existence même du présomptueux, en général par un acte de cannibalisme qui transforme le sujet en objet". (DEVEREUX)

.../...

Ce fantasme dans l'histoire de Madame G. prend une résonnance particulière.

Sa famille est morte en déportation à cause de son nom juif, et elle-même étrangère, isolée, est internée en placement d'office pendant 15 ans. Ce n'est qu'au bout de ce temps que la conversion de placement est demandée, à l'occasion d'un changement de médecin-chef. Aucune possibilité ne s'offre plus alors à Madame G. Elle est déjà morte, pour préserver sa simple existence, elle a renoncé à son identité.

Son identité, elle ne la retrouve que lorsqu'elle est niée par l'autre, le symbole de la négation retrouve alors toute sa valeur: "Non, pas Nana, Anna".

Face à l'autre, cannibale, elle ressent le besoin de réaffirmer son identité.

Nous ne pouvons essayer de comprendre le délire de Madame G. qu'en fonction des deux éléments que nous connaissons: la mort de sa famille et son internement, car Madame G. n'a plus accès à son histoire personnelle.

(Les renseignements biographiques que nous avons donnés au début de l'observation, ont été recueillis auprès de Madame G. lors de son hospitalisation à Sainte Anne, avant son arrivée à Ville-Evrard).

Madame G. n'a pas accès à son histoire, car elle n'a plus de corps. Gisela PANKOW définit le processus psychotique "comme une désagrégation de l'image du corps, s'accompagnant simultanément d'une perte de la relation historique dans la vie du sujet".

Ce que Madame G. nie plus particulièrement au niveau

.../...

de son corps, ce sont ses oreilles - Elle manifeste qu'elle ne veut plus entendre. Cela nous paraît devoir être pris au sens symbolique et non pas au niveau d'un trouble de la cénesthésie ou du schéma corporel. Ce n'est qu'une hypothèse que nous pouvons formuler car nous ne pouvons savoir comment Madame G. investissait son corps.

En même temps qu'elle nie son corps, Madame G. nie l'angoisse de mort, la fixité. Que peut-il lui arriver, puisqu'elle est déjà brûlée et enterrée?

Cette autonégation est une manoeuvre très agressive, qui est bien perçue comme telle par les infirmières.

Dire non est tout ce qui reste à Madame G.

C'est la seule façon qu'elle ait de s'affirmer, de dire encore et, parfois d'atteindre l'autre.

Par cette communication négative, par les effets qu'elle produit chez l'autre, Madame G. illustre bien le pouvoir de la négation et son équivoque - à savoir que ce qui est nié au niveau du discours soit en quelque sorte toujours reconnu.

"La caractéristique de la négation linguistique est qu'elle ne peut annuler que ce qui est énoncé, qu'elle doit poser explicitement pour supprimer, qu'un jugement de non-existence à nécessairement le statut formel d'un jugement d'existence.

Ainsi la négation est d'abord admission... Son discours peut prodiguer des dénégations mais non abolir la propriété fondamentale du langage qui est d'impliquer que quelque chose correspond à ce qui est énoncé et non pas rien". (BENVENISTE)

.../...

OBSERVATION N° 2

Monsieur B. est âgé de 49 ans.

Il est hospitalisé à Ville-Evrard depuis 20 ans.

Son dossier a été pillé, nous disent les infirmiers, effectivement, il n'y a plus aucun certificat, plus d'observation, quelques lettres récentes de Monsieur B. réclamant sa sortie aux différents médecins qui se sont succédés dans le pavillon.

C'est au bureau des admissions que nous avons retrouvé le premier certificat d'hospitalisation, ainsi qu'une lettre adressée au préfet, lettre qui n'atteindra jamais son destinataire.

Nous avons très peu de renseignements biographiques. Monsieur B. était employé de bureau avant son internement - Ses parents sont toujours vivants, il ne les voit que très rarement.

I953 Placement d'office

Certificat de la Préfecture de Police

"Etat schizophrénique remontant à plusieurs années et ayant évolué progressivement.

Sentiment de transformation corporelle (ses intestins gonflent, il a une boule sur le côté droit - ses oreilles ont changé de forme).

En outre, sa pensée n'est plus la même, on connaît sa pensée, on la dirige - actes automatiques.

Il a été obligé de s'enivrer hier; l'impulsivité s'est exagérée récemment, et hier comme le menu du déjeuner n'était pas celui qu'il avait prévu, il a dévoré la totalité du repas familial puis bu du vin et s'est violemment battu avec son père et sa mère.

Depuis I943, tentative de suicide impulsives - noyade - section des veines - barbituriques - gaz - pendaisons - ingestion de verre -

.../...

et enfin rapport avec une prostituée pour se suicider par syphilis.

Déjà traité par électrochocs et insuline."

En I968

Monsieur B. écrit au préfet pour lui demander sa sortie: "j'ai tellement honte de vous écrire, vous m'excuserez et vous me pardonnerez. Vous m'accuserez réception, si possible et non possible c'est-à-dire impossible. Je ne suis pas et jamais malade. J'étais énervé par la vie moderne du siècle, de la fission nucléaire de l'ère atomique."

Il écrit aussi aux médecins.

"Docteur, je ne tiens plus debout sur mes jambes depuis 23 ans. Depuis ma chaude pisse, je souffre terriblement du corps tout entier, alors que la science, la médecine ne peut plus rien pour moi, que je suis complètement fichu. Il est 23 ans trop tard. Je suis incurable, j'ai la peste, il fallait me soigner avant. J'en ai marre de vos conneries. - Je voudrais vous voir tous damnés. Si vous arrivez à me dédamner, je tire mon chapeau: vous seriez plus fort que Dieu".

I971

Dans une autre lettre Monsieur B. écrit:

"Je suis un pauvre type damné par Dieu et tous les médecins du monde entier ne peuvent plus rien pour moi. Vous ne pouvez pas me remettre comme avant, c'est-à-dire mortel - J'ai perdu 20 ans de vie à Ville-Evrard. Vous me soignez depuis 20 ans sans amélioration depuis I952, date de ma damnation éternelle. Je suis incurable, je ne guérirai jamais".

.../...

I973

Monsieur B. raconte ainsi son histoire:
"Mon coeur s'est arrêté de battre et j'ai entendu dans mon oreille droite: la mort est un gouffre plein de soufre, tu es mort, tu es éternel. Cela doit venir de Dieu, cette voix là, cela parlait très faiblement, cela s'est passé le 3 février I952".

Tout a commencé lorsqu'il a attrapé la peste, la vérole, la chaude pisse en allant avec une prostituée.

"Cette vérole, ca dure trois ans, après ça blanchit, personne ne m'a blanchi. J'ai mal dans la poitrine, c'est la peste la syphilis avec une femme. C'est la damnation éternelle. Je voudrais redevenir mortel. J'ai envie de mourir; je suis rongé par les vers. J'ai une marque sur la tête - Il n'y a plus rien dans tête, pas d'idées. Une pointe de fer a arraché mon âme, elle est peut-être ressortie par la cicatrice. Si Dieu me rendait mortel, je serais guéri".

Monsieur B. pense qu'il est un cas exceptionnel, mais qu'il n'est pas le seul à être damné. Sa mère, son frère et son père sont également damnés, mais peut-être ne le savent-ils pas.

Ce que demande souvent Monsieur B., ce sont des électrocardiogrammes. "Si vous regardez l'électrocardiogramme, le graphique, c'est une ligne droite - Mon coeur s'est arrêté de battre. Une fois, j'étais jeune, la nuit ne tombait pas, j'ai dit merde - je suis éternel. C'était un présage, j'avais trouvé le temps plus long que d'habitude. Je ne suis pas comme les autres, je suis impuissant. La voix de Dieu tonnait du fond du ciel. Dieu m'a dit de faire le tour du monde à pied- mais j'aurais les jambes usées jusqu'au cou. Je ne suis pas un assassin".

.../...

Actuellement, tout cela l'ennuie, il souffre beaucoup. En outre, tout le monde le bat. A l'hôpital, il ne fait rien, mais il a fait il y a quelques années plusieurs grèves de la faim pour obtenir sa sortie.

Monsieur B. a une présentation accablée, il entrecoupe son discours de profonds soupirs.

Jugé irrécupérable, il vient d'être transféré dans un autre pavillon où les malades chroniques sont plus nombreux; il continue d'y tourner en rond.

COMMENTAIRE

Chez Monsieur B. les idées de négation portent sur sa constitution physique; il n'a plus de coeur - son coeur s'est arrêté de battre; sur ses facultés intellectuelles: sa tête est vide, il n'a plus de pensées; mais non sur les personnes qui l'entourent, ni sur le monde extérieur.

Seule la damnation s'étend aux autres, à sa famille et aux médecins que Monsieur B. souhaite également voir damnés.

Il ne pourra pas mourir, car il est déjà mort, et guérir serait pour lui retrouver un corps mortel.

Nous sommes, dans ce cas, en présence du trépied classique du syndrome de COTARD: Négation - Immortalité - Damnation mais chez un malade schizophrène.

Ce syndrome, dans sa forme délirante chronique a été souvent rapproché de la paraphrénie, et le délire de Monsieur B. nous paraît plus proche, par certains accents fantastiques et lyriques, d'une forme paraphrénique que d'une forme paranoïde.

SEGLAS a insisté sur le délire de négation dans la

.../...

paranoïa hypocondriaque à une époque où le concept de schizophrénie n'avait pas encore été créé.

Dans ce cas, dit-il, les idées de négation ne portent alors que sur la constitution physique presque jamais sur le moral, "les malades croient leurs organes transformés, pourris, détruits". En outre, ces malades se plaignent des personnes environnantes, car on ne fait rien à leur maladie, ils luttent, demandent sans cesse des soins et des médicaments.

Monsieur B. se plaint toujours d'être battu, il accuse les médecins de ne rien faire pour lui, il réclame constamment sa sortie et demande que l'on examine son coeur. Mais ses revendications n'ont pas un caractère très sthénique, il y a d'ailleurs longtemps que personne ne répond plus à sa demande - à l'exception des électrocardiogrammes - et il ne s'attend pas à ce qu'il y soit répondu.

Le délire de Monsieur B., par certains côtés, ressemble à celui du président SCHREBER, lequel se croyait mort et décomposé et pensait avoir la peste. Mais il n'a pas trouvé comme lui un Dieu pour le miraculer; Dieu au contraire l'a condamné, condamné à faire le tour de la terre à pied, et à défaut celui de son pavillon.

Si le diagnostic de schizophrénie n'avait pas antérieurement été porté, nous aurions hésité aujourd'hui à poser un tel diagnostic. Outre les éléments du syndrome de COTARD que nous avons décrits, l'humeur triste, la présentation accablée de Monsieur B., les thèmes mélancoliques de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité, et l'absence de signes évidents de dissociation, nous auraient peut-être fait porter le diagnostic de délire chronique post-mélancolique.

.../...

Sans doute les 20 ans d'asile, qui pour Monsieur B. sont venus réaliser la condamnation divine, ne sont-ils pas étrangers aux modifications symptomatologiques.

Que reste-t-il alors à Monsieur B. ?

Il est nié en tant que personne par l'institution asilaire, condamné par les médecins en tant qu'incurable, en tant que malade, son dossier est vide, et l'idendité du diagnostic porté sur lui n'est même pas assurée.

OBSERVATION N°3

Biographie

Mademoiselle M. est originaire d'Afrique du Nord, son père y était représentant de commerce.

Scolarité sans problèmes - Après avoir passé le brevet élémentaire, elle reste dans sa famille, apprend la sténo-dactylo, et joue du piano.

C'est à 24 ans qu'elle séjourne pour la première fois en clinique psychiatrique.

A l'âge de 35 ans, elle est hospitalisée à l'hôpital psychiatrique de Joinville (Blida).

Observation psychiatrique

1963 Transférée à Ville-Evrard, de l'asile de Joinville où elle était internée depuis 15 ans - sa mère et sa soeur étant venues s'installer à Paris).

Placement d'office

"Schizophrénie à forme paranoïde qui évolue depuis une vingtaine d'année - Dissociation très avancée.

Délire incohérent à thèmes prévalent d'influence avec négation d'organes.

On agit sur elle par chirurgie électrique et transparente. On lui a retiré de nombreux organes, y compris le cerveau. Hallucinations auditives et cénèsthésiques - maniérisme - froideur de l'affectivité".

.../...

1972

Lorsque nous voyons pour la première fois Mademoiselle M. la nuit en garde, c'est pour nous une image de la folie qui, nous le pensions, n'existait plus.

Elle est recroquevillée dans son lit, accroupie sur ses talons en position foetale, hurlant à la moindre approche, très hallucinée. Elle est décharnée, deshydratée. Elle donne l'impression d'être dans un brasier et dévorée de l'intérieur. Rien ne peut la calmer. Cet épisode aigu résiste à de très fortes doses de neuroleptiques et ne cède qu'à la sismothérapie.

Il est pratiquement impossible de retranscrire le discours de Mademoiselle M.

"On m'a empêché de devenir comme elle (sa soeur), depuis 5 ans et demi, je n'ai plus de cervelle - Ils se paient de notre tête - Enlevez ces médicaments...semoule, chrolocat cuit, ils nous prennent notre chair - Quand on n'a pas la cervelle, on ne voyage pas".

Mademoiselle M. est tantôt très prolixe et il est très difficile de la suivre, tantôt totalement mutique et négativiste.

C'est à 24 ans, reconte-t-elle, qu'elle séjourne en clinique pour la première fois, on lui enlève alors son oesophage, mais les chirurgiens le lui remettent. Cela recommence lorsqu'elle est hospitalisée à Joinville. On lui retire successivement ses organes: l'oesophage, l'estomac, l'intestin droit et gauche, le rectum et la cervelle.

Ses organes ont été taillés, son intestin grêle et son "boyau tube digestif" ont été enlevés par transparence - Les mé-

.../...

decins ont fait cela par jalousie, elle perçoit les coups de tenaille. Les chirurgiens, lors de la seconde hospitalisation ne lui ont pas remis ses organes, mais ils continuent à la suivre par électricité.

En contrepartie, Mademoiselle M. a 77 enfants, qu'elle a donnés à tous les grands mucisiens.

Avant l'épisode catatonique que nous avons décrit, Mademoiselle M. était anorexique et pensait qu'elle allait mourir; elle était très tourmentée et sentait qu'on lui arrachait le coeur.

Les infirmières disent de Mademoiselle M. qu'elle est une ancienne malade typique de l'asile.

Mademoiselle M. va une fois par mois en permission chez sa mère et sa soeur. Elle a dans sa chambre -(elle vit dans l'un des pavillons neufs de l'hôpital)- une valise qu'elle garde jalousement et dont elle recense continuellement le contenu.

COMMENTAIRE

COTARD et SEGLAS ont insisté sur le négavitisme des malades présentant un délire de négation, sur la folie d'opposition; le négativisme est une notion rattachée aujourd'hui à la catatonie.

Mademoiselle M. présente un délire paranoïde avec des accès catatonique et un état de dissociation avancé.

Le délire de négation n'est chez elle qu'un délire de négation d'organes. C'est ce que EY décrit comme "délire somatique" des schizophrènes avec "idées de transformation ou de négation des organes, des fonctions, courants électriques, travail térébrant de destructions des organes, des vertèbres, du coeur, opérations magnétiques à distance...".

.../...

Ainsi les chirurgiens suivent-ils Mademoiselle M. à distance par transparence par électricité, elle ressent les coups de tenaille dans son corps. Il est très difficile de savoir si ses sensations sont à la base d'une modification de son schéma corporel. Les organes que ses persécuteurs externes lui arrachent sont ceux de l'oralité: oesophage, estomac, intestins. Sans doute peut-on voir là une situation analogue à celle que décrit Mélanie KLEIN dans les tous premiers mois de la vie du nourrisson. "L'enfant conçoit ces objets comme effectivement dangereux, comme des persécuteurs dont il craint qu'ils ne le dévorent, qu'ils n'évident l'intérieur de son corps, ne le coupent en morceaux, ne l'empoisonnent, bref qu'ils ne préméditent sa destruction par tous les moyens que le sadisme peut inventer".

A chaque accès, Mademoiselle M. se dépouille un peu plus de ses organes, après le cerveau, c'est le coeur qui lui est arraché. Son angoisse de mort s'exprime au niveau de son corps, lors des accès catatoniques qui la laissent chaque fois un peu plus vide. Son corps devient inhabitable, c'est "celui qui dans les situations paranoïdes du self est dépositaire de la catastrophe intérieure de l'implosion dont les débris ont été jetés hors du territoire corporel et dispersés dans l'extériorité". (RESNIK)

Ces débris organes réapparaissent sous la forme de nombreux enfants que Mademoiselle M. a donnés à tous les grands musiciens. Ce sont eux qui dans son monde représentent les bons objets. Il semble que maintenant Mademoiselle M. tente de retrouver ce qu'elle a perdu, en recensant constamment le contenu de sa valise. Mademoiselle M. ne peut plus habiter son monde intérieur trop me-

.../...

naçant, et elle l'exprime par la perte de ses organes, mais ainsi elle meurt peu à peu. "Le corps sans organes est le modèle de la mort. Comme l'ont bien compris les auteurs de terreur, ce n'est pas la mort qui sert de modèle à la catatonie, c'est la schizophrénie catatonique qui sert de modèle à la mort". (DELEUZE, GUATTARI).

OBSERVATION N° 4

Biographie

Madame P. née en I896 - décédée le 30 Décembre I972. Fille d'un ébéniste du Faubourg Saint Antoine, la seconde de trois filles.

Son père meurt alors qu'elle a 6 ans.

L'année suivante, elle est mise en pension chez des religieuses, en raison de la maladie de sa mère. Celle-ci, bacillaire, meurt en I905.

Madame P. passe son enfance et la plus grande partie de sa jeunesse au couvent, mais ne désirant pas devenir religieuse comme sa soeur aînée, elle se marie à l'âge de 26 ans. Elle a un fils qui nait en I926; deux autres enfants seraient morts en bas âge.

Madame P. est hospitalisée pour la première fois en I938 à Villejuif; son mari également malade y meurt en I942. Il voyait des têtes partout, dira-t-elle.

Après la mort de son mari, elle travaille pendant 11 ans comme lingère chez des religieuses.

Atteinte de tuberculose pulmonaire, elle passe trois ans en sanatorium.

A partir de I960, elle est hospitalisée de très nombreuses fois à Villejuif. Au cours d'un accès dépressif, elle se jette sous le métro et doit être amputée de la cuisse droite.

En I965, elle est admise dans un hôpital de chroniques, mais est chaque année hospitalisée dans un service psychiatrique en raison de nombreuses tentatives de suicide et de quelques accès maniaques.

.../...

Observation psychiatrique

Premier placement à Maison Blanche en I969 à la suite d'une tentative de défenestration.

Le certificat d'entrée note: "Rechute d'un état mélancolique délirant avec sentiment de culpabilité, d'indignuité, de damnation, en ce qui la concerne ainsi que ses proches. Le discours de Madame P. est alors très stéréotypé: "je suis condamnée, j'ai abandonné ma famille, je ne mourrai jamais, c'est une damnation éternelle".

Du fait de ses suicides manqués, elle dit qu'elle ne peut plus mourir alors qu'elle aspire au repos éternel; très anxieuse et délirante, elle voit des lézards dans les arbres, ces derniers l'appellent pour qu'elle aille en Enfer avec eux.

Après deux mois, sédation complète des troubles.

En I970

Madame P. est réhospitalisée, le certificat note: ébauche de syndrome de COTARD, pas d'efficacité du traitement antidépresseur. Elle dit alors: "on va me couper en morceaux, scier mes os, déchirer ma chair et je vais souffrir pour l'éternité."

Un mois après sa sortie, elle doit être réhospitalisée. "Je suis une loque", dit-elle, "je suis une épave. On va me couper en morceaux, on va me condamner à mort parce que je ne me suis pas bien occupée de mes enfants. Je me reproche d'avoir causé leur mort. Je suis condamnée à mort. Je ne mourrai jamais".

Une prise en charge psychothérapique est alors décidée par un médecin du service.

Elle sort avec un traitement important (neuroleptiques et antidépresseurs).

.../...

En I971

Aucune hospitalisation. Madame P. revient tous les quinze jours dans le service pour sa psychothérapie. Elle participe également aux réunions de pavillon.

Sa soeur religieuse meurt cette année là, elle l'annonce à son psychothérapeute dans une lettre où elle écrit: "c'était une mère pour nous" et ajoute "j'ai été à ne rien manger que de la crème aux oeufs et du lait."

En I972

Madame P. est hospitalisée pour un état maniaque qui cède rapidement.

Un mois après elle revient en raison d'un accès dépressif. Elle n'a plus d'idées de damnation ni d'immortalité. Elle se sent plutôt persécutée et craint qu'on ne l'empoisonne.

Après la fin de cet accès, son humeur reste triste, elle a un très grand sentiment d'abandon.

C'est au cours de cette dernière hospitalisation que Madame P. à la suite d'une infection virale localisée perd la vue, puis devient sourde.

Elle meurt le 30 Décembre I972 dans un état de grande cachexie.

Madame P. était une vieille dame très maigre, au visage émacié; son maintien était raide et figé, ses gestes rares; cet aspect un peu mécanique était accentué par sa prothèse. Elle ne quittait plus son fauteuil roulant les derniers mois, niant le

.../...

fait qu'elle puisse marcher.

L'intensité de son vécu affectif, la fraîcheur de ses souvenirs contrastait avec son aspect physique, Seule, sa voix paraissait vivante.

COMMENTAIRE

Il s'agit dans ce cas d'une psychose maniaco-dépressive typique. Les idées délirantes d'immortalité et de damnation apparaissent au cours d'épisodes mélancoliques aigus, avec une note confuso-onirique; Madame P. voit des lézards qui l'appellent pour aller en enfer.

"Les négateurs qui ont en même temps des idées de damnation ont parfois des visions de flammes, d'incendies, ils voient l'enfer, le diable." (SEGLAS)

Les idées d'immortalité et de damnation dérivent de sa très grande culpabilité, ces idées ne sont pas secondaires aux idées de négation; c'est le problème que soulève LAIGNEL-LAVASTINE, dans son article de 1941, il se demande si l'idée d'immortalité n'est pas en quelque sorte primitive dans le syndrome de COTARD.

Chez Madame P., l'échec des tentatives automutilatoires fortifie les idées d'immortalité, comme le signale COTARD, la malade prend sa survivance pour une preuve de cette croyance.

Madame P. ne présente pas véritablement d'idées de négation. Son corps est l'objet d'attaques, qui font penser à celles de ce surmoi primitif que décrit Mélanie KLEIN, surmoi qui coupe, mord, dévore.

Nous retrouvons dans le cas de Madame P., les différents facteurs, qui pour ABRAHAM sont nécessaires à la constitution

.../...

d'une psychose mélancolique.

- une fixation spéciale de la libido au niveau oral (chez elle, préoccupations alimentaires très importantes et grande avidité de relations)

- de fortes atteintes contre le narcissisme infantile produites par des déceptions amoureuses successives.

- l'existence d'une première déception amoureuse antérieure à l'époque où les désirs oedipiens ont été vaincus.

- la répétition ultérieure de cette frustration primaire.

Il est remarquable que cette malade, qui, au cours de sa vie, a connu de multiples abandons, ait présenté une longue rémission après la mort de son mari. Elle se retrouve alors lingère chez des religieuses, répétant là une séquence antérieure de son histoire, la mort de son père et son entrée au couvent. De même, en 1971, l'année où meurt sa soeur, Madame P n'est pas hospitalisée.

Un autre fait nous parait devoir être souligné, pendant les six derniers mois de son existence, Madame P ne délire plus mais vit son délire, son morcellement au niveau du corps.Est-ce là un effet de la pulsion de destruction au niveau du corps, dont le but, comme le dit FREUD, est de détruire les choses, de dissocier les assemblages ?

L'observation de Madame P. illustre les rapports du syndrome de COTARD avec la mélancolie, pure culture de l'instinct de mort, disait FREUD, et le rôle du délire comme processus défensif. Lorsqu'elle ne délire plus, Madame P. se laisse mourir.

C O N C L U S I O N

Ce n'est certes pas l'institution asilaire qui crée le délire de négation pas plus que tout autre délire. Le délire naît d'une faille dans le monde interne du sujet, mais le symptôme est toujours fait pour l'autre, c'est une création du sujet dans son rapport avec le milieu.

"Les aliénés sont négateurs" écrivait COTARD, comme si cette négation était uniquement le fait du sujet; "la réalité leur est devenue étrangère ou hostile", telle est effectivement la réalité de l'institution et l'on sait la particulière sensibilité des malades psychotiques au milieu qui les entoure.

La négation n'est jamais vide, elle dit toujours quelque chose de ce qu'elle nie, c'est pour le sujet une affirmation de son existence contre une destructuration plus profonde.

Si le délire comme tentative de guérison échoue, si le processus se fige, c'est, nous semble-t-il, que le sujet rencontre dans l'institution asilaire, un écho de son discours délirant.

A la négation des organes et du corps, il est répondu par la négation du corps en tant que corps de jouissance; les malades sont dépouillés de leurs vêtements personnels comme ils disent être dépouillés de leurs organes et n'avoir plus de corps. Rien n'est fait pour que leur corps soit valorisé. Il n'existe aucun lieu personnel habitable.

Leur personne sociale comme leur discours personnels sont niés; ce qui reste c'est le délire derrière lequel le malade disparaît.

"Officiellement", écrit GENTIS, "le malade ne dit jamais rien, on se demande même s'il existe".

Pour ces malades le monde n'existe plus, tout est vide, mort, brûlé. Ils sont en effet exclus du monde; beaucoup de malades passent 20 ou 30 ans dans des institutions sans jamais franchir les murs de l'hôpital et, pour certains même, les murs de leur pavillon.

RACAMIER insiste sur le côté désertique de l'institution psychiatrique qui, pour lui, frappe plus que son aspect carcéral;

ce dernier n'est pas à négliger et l'on peut se demander quelle étrange condamnation est à l'origine de cette exclusion.

Seule la survie alimentaire, l'existence matérielle est assurée et dans des conditions parfois précaires.

Le temps est également nié : "Silence, routine, immobilité, l'asile vise en douce l'éternité". (GENTIS)

La vie asilaire va dans le même sens que la psychose, elle dépersonnalise, elle dépersonnifie, elle condamne le sujet à ne répéter qu'un délire stéréotypé et appauvri. Après 20 ans d'hospitalisation , l'on ne retrouve même plus les belles formulations délirantes. En outre, comme le dit RACAMIER " franchi un certain seuil, tout ce qu'on peut donner au patient l'effleure sans l'atteindre ni le modifier; il est définitivement fixé".

Une telle collusion dans l'ordre de la réalité ne peut faire que leur discours prenne sens, ni que ces malades parviennent à se dégager de leur imaginaire.

"Le sujet sera doublement enfermé dans sa folie dont la question de vérité qu'elle contient n'aura plus de chance de se poser, et dans l'institution psychiatrique où il trouvera une place, celle de mort-vivant". (R. LEFORT)

B I B L I O G R A P H I E

- o -

ABRAHAM K. — Oeuvre complères t.II
PAYOT 1965

BENVENISTE E. — Problèmes de linguistique générale
chapitre VII p 75 - 87
GALLIMARD 1966

BOURGEOIS M. — Le syndrôme de COTARD aujourd'hui
A.M.P 1969 t. II p 534 - 544

CAPGRAS et DAUMEZON — Syndrôme de COTARD atypique
A.M.P 1936 t. II p 806 - 812

COTARD J. — Etudes sur les maladies cérébrales et mentales
BAILLERE 1891

DE MARTIS D. — Réflexions sur les délires de négation et de fin du monde
EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1965 t.XXX p 111-121

DELAY J. — Electrochoc et syndrôme de COTARD
Méthodes biologiques en clinique psychiatrique p 207 - 213
MASSON 1950

DELEUZE G. — Logique du sens
LES EDITIONS DE MINUIT 1969

DELEUZE et GUATTARI F. — L'anti-oedipe
LES EDITIONS DE MINUIT 1972

DEVEREUX G. — La renonciation à l'identité défense contre l'anéantissement
R.F.P 1967 t. XXXI n° 1 p 102 - 140

EY H. — Etudes psychiatriques t ; II p 427 - 481
DESCLEE DE BROUWER 1950

FREUD S. — Cinq psychanalyses p 263 - 324
P.U.F 1954

Essais de psychanalyse
PAYOT 1951

GENTIS — Les murs de l'asile
MASPERO 1970

GOT J.A — Contribution à l'étude du syndrôme de COTARD
Thèse Bordeaux 1912

HECAEN H. — La notion de schéma corporel et ses applications en psychiatrie
EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1948 t. II
p 93 - 101

KLEIN M. — Essais de psychanalyse
PAYOT 1967

Développements de la psychanalyse
P.U.F 1966

LAIGNEL-LAVASTINE — Délire de négation récidivant
A.M.P 1941 t. I p 279 - 285

LEFORT R. — La parole et la mort
La Nef 1971 n° 42
L'antipsychiatrie p 103 - 116

MIGNOT et LACASSAGNE — Syndrôme de COTARD chez une jeune fille de 20 ans - Guérison
A.M.P 1937 t. I p 246 - 251

MINKOWSKI E. — Délire de négation chez un paralytique général.
Le temps vécu p 354 - 365
DELACHAUX et NIESTLE 1968

OLLIVIER - VALETTE E. — Réflexions sur le syndrôme de COTARD
Thèse médecine Paris 1970

PANKOW G. — L'homme et sa psychose
AUBIER-MONTAIGNE 1969

RACAMIER P.C. — Le psychanalyste sans divan p 78 - 100
PAYOT 1970

RESNIK S. — Personne et psychose
PAYOT 1973

REVAULT D'ALLONES J. — Délire de négation à éclipses
A.M.P 1923 p 130 - 143

SCHILDER P. — L'image du corps
GALLIMARD 1968

SEGLAS — Le délire des négations
MASSON 1897

Vu et permis d'imprimer

Le Doyen

H. JEROME

Le Recteur

R. MALLET

Le Président

E. FOURNIER